UNIVERSITÉ DE LAUSANNE – FACULTÉ DE MÉDECINE

CLINIQUE DE DERMATO – VÉNÉRÉOLOGIE
Directeur: Professeur J. Delacrétaz

Epidémiologie de la syphilis primaire et secondaire chez les malades hospitalisés dans le service de dermato – vénéréologie de Lausanne de 1960 à 1973

Thèse

présentée à la Faculté de Médecine de
l'Université de Lausanne pour l'obtention du grade de
docteur en médecine

par

ALENKA CHESEAUX-RIHTAR
Médecin diplômé de la Confédération Suisse
Originaire de Saillon (Valais)

Juris Druck + Verlag Zürich
1976

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41546820_0079

UNIVERSITÉ DE LAUSANNE – FACULTÉ DE MÉDECINE

CLINIQUE DE DERMATO – VÉNÉRÉOLOGIE
Directeur: Professeur J. Delacrétaz

Epidémiologie de la syphilis primaire et secondaire chez les malades hospitalisés dans le service de dermato – vénéréologie de Lausanne de 1960 à 1973

Thèse

présentée à la Faculté de Médecine de
l'Université de Lausanne pour l'obtention du grade de
docteur en médecine

par

ALENKA CHESEAUX-RIHTAR

Médecin diplômé de la Confédération Suisse
Originaire de Saillon (Valais)

Juris Druck + Verlag Zürich
1976

Université de Lausanne

Faculté de Médecine

Le Conseil de la faculté de médecine de l'Université de Lausanne, après avoir pris connaissance des rapports favorables de MM. les professeurs

Jean DELACRETAZ & Armand DELACHAUX

et sans se prononcer sur les opinions du candidat, autorise l'impression de la thèse intitulée:

"Epidémiologie de la syphilis primaire et secondaire chez les malades hospitalisés dans le service de dermato-vénéréologie de Lausanne de 1960 à 1973"

présentée par M adame Alenka CHESEAUX-RIHTAR

Médecin diplômé de la Confédération suisse

pour l'obtention du grade de Docteur en médecine.

Lausanne, le 10 septembre *19* 76

Le Doyen:

Professeur G. Favez

Toute ma reconnaissance va au Professeur J. Delacrétaz qui m'a inspiré ce travail. Avec ses conseils bienveillants il a constamment guidé cette thèse.

Mes remerciements vont également à Mme V. Stojan pour l'aide précieuse qu'elle m'a apportée.

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

INTRODUCTION

La fréquence d'une maladie infectieuse peut se modifier au cours des temps; c'est ainsi que nous avons assisté, au XXème siècle, à la raréfaction considérable de la tuberculose, sous le double effet de la vaccination au BCG et de la chimiothérapie et à la quasi-disparition de la poliomyélite antérieure, grâce à la vaccination.

Il arrive aussi qu'une maladie infectieuse, jusque là rare ou inexistante dans un territoire donné, y devienne fréquente; c'est ce qui parait s'être passé pour la syphilis à la fin du XVème siècle en Europe. Vers la fin de 1494, en effet, le roi Charles VIII de France assiégeait Naples. Son armée comprenait de nombreux mercenaires de tous pays, y compris des soldats de fortune d'origine espagnole; la garnison, de son côté, comprenait également, entre autres, des soldats espagnols. Les combats étaient rares, l'activité des prostituées intense. Une syphilis à caractère aigu, dont la période secondaire s'accompagnait de manifestations générales inquiétantes, parfois mortelles, se répandait dans les deux camps; en rentrant à petites étapes dans leurs foyers, les soldats disséminèrent la maladie dans toute l'Europe, et on en signale des cas en France, en Allemagne et en Suisse dès 1495, en Hollande et en Grèce en 1496, en Angleterre et en Ecosse en 1497, en Hongrie et en Russie dès 1499.

Qu'a-t-il bien pu se passer pour qu'une pandémie de ce type puisse se développer?
Deux théories s'affrontent:
Pour la théorie colombienne, la syphilis n'existait pas en Europe avant les voyages de Christophe Colomb, alors qu'elle était endémique dans l'île d'Hispaniola, aujourd'hui Haiti, où les membres des équipages des caravelles se contaminèrent au gré des contacts sexuels avec les indigènes, puis ramenèrent la maladie en Europe.

Selon la théorie précolombienne, la syphilis existait en Europe avant Christophe Colomb, mais elle était confondue avec d'autres affections, en particulier la lèpre.

L'une ou l'autre de ces théories, colombienne ou précolombienne, doit bien être exacte; cependant, il est difficile de concevoir que la syphilis ait pu se répandre dans toute l'Europe dans un délai aussi court, à partir d'un nombre très limité d'individus contagieux; mais il l'est tout autant d'admettre qu'une maladie, préalablement endémique et relativement bénigne, ait pu soudain devenir épidémique et prendre un caractère aigu, avec une évolution parfois mortelle.

Quoi qu'il en soit, la syphilis n'a plus disparu depuis lors, bien que des fluctuations de fréquence, parfois importantes, se soient manifestées; elles nous sont peu connues au siècle passé; elles le sont mieux, par contre, depuis une cinquantaine d'années.

Dans une étude publiée par Burckhardt, (1967), (1) on constate une curieuse variation cyclique de la fréquence de la syphilis en Suisse: un premier pic de fréquence élevée se manifeste entre 1917 et 1920, puis un autre entre 1931 et 1934, un troisième entre 1945 et 1950, enfin un quatrième depuis 1960. Ce rythme régulier de 14 ans est difficile à interpréter; on veut incriminer des conditions économiques et sociales particulières, qui seraient à l'origine de ces fluctuations; mais on incrimine aussi bien la crise économique des années 30 que la société de consommation des années 60.

On peut se demander si un autre facteur ne joue pas un rôle important: lorsque la syphilis devient rare, les étudiants en médecine, au cours de leur formation, en voient très peu des cas; ils conaissent donc mal l'affection, ne lui témoignent que peu d'intérêt, puisqu'ils considèrent qu'elle est en voie de disparition et l'oublient dans leurs diagnostics différentiels; une fois installés, ils n'y pensent plus, d'où nombre de syphilis non diagnostiquées, qui favorisent une nouvelle pullulation des cas.

La syphilis retient alors de nouveau l'attention des médecins, elle est mieux diagnostiquée, donc mieux traitée et sa fréquence baisse à nouveau; puis le même mécanisme se remet en marche.

Il semble cependant qu'à long terme, la fréquence de la syphilis soit en régression; en effet, si l'on prend la somme des cas enregistrés dans les cliniques dermatologiques universitaires de Bâle, Genève, Zurich et Lausanne lors des 4 pics dont nous avons parlé tout à l'heure, nous trouvons les chiffres suivants:

779 cas en 1919
637 cas en 1932
312 cas en 1948
231 cas en 1963

Malgré cette courbe apparemment favorable on doit éviter de nourrir à nouveau les illusions qui fleurirent entre 1950 et 1957, où l'on crut à la disparition de la syphilis; celle-ci est d'autant moins vraisemblable que le nombre des blennorragies va partout en augmentant.

MATERIEL ET METHODES

Nous avons repris les dossiers cliniques des malades hospitalisés pour syphilis précoce, c'est-à-dire primaire et secondaire, dans le service universitaire de dermato-vénéréologie de Lausanne de 1960 à 1973.

Notre étude porte sur le nombre annuel des cas, le sexe, l'âge, l'état civil, les moeurs avouées et la profession des malades, la localisation du chancre et les manifestations cliniques de la syphilis secondaire.

Nous avons étudié plus en détail trois cas d'hépatite syphilitique secondaire probable.

Nous avons analysé les résultats de la recherche des tréponèmes pâles au microscope à fond noir et ceux des réactions sérologiques, à antigènes lipidiques et à antigènes tréponèmiques:

1. Réactions à antigènes lipidiques

L'antigène utilisé est la cardiolipine, mélange de 2 phospholipides extraits du coeur de boeuf. Les techniques employées sont celles de la déviation du complément (réaction de Kolmer) et de floculation sur lame (réaction de VDRL). Le VDRL devient généralement positif 10 à 12 jours, le Kolmer en moyenne 20 jours après l'apparition du chancre.

Ces réactions sont positives non seulement dans la syphilis, mais aussi dans les autres tréponématoses et, de manière inconstante, dans une série de maladies infectieuses, en particulier virales, dans des maladies du collagène, en particulier dans le lupus érythémateux aigu disséminé, dans des intoxications, dans certains néoplasmes. Elles ont, sur les tests à antigènes tréponémiques, l'avantage d'une plus grande simplicité; elles demeurent, malgré leur spécificité très relative, les mieux adaptées aux réactions en séries.

2. Réactions à antigènes tréponémiques

Nous avons pratiqué le test d'immobilisation des tréponèmes (TPI-test) ou test de Nelson et celui d'immuno-fluorescece (FTA-test). L'antigène est représenté par les tréponèmes pâles (T.P.) virulents de la souche Nichols, entretenus sur le testicule du lapin.

Le TPI-test met en évidence des anticorps sériques immobilisant le tréponème pâle en présence de complément; ces anticorps sont présents dans la règle, dès la fin de la période secondaire. Ce test est également positif dans les autres tréponématoses et, très exceptionnellement, en dehors d'elles (Frenk) (5).

Le FTA-test utilise une technique d'immuno-fluorescence indirecte: après avoir mis en contact le sérum examiné et l'antigène (TP étalés sur une lame de verre), on met en évidence les éventuels anticorps fixés sur les TP, grâce à un sérum antigammaglobulines humaines, conjugué avec de l'isothiocyanate de fluorescéine. Cette réaction devient positive environ 10-12 jours après l'apparition du chancre. Sa spécificité est inférieure à celle du test de Nelson, même si on pratique préalablement une absorption du sérum sur un ultrasonat de tréponèmes de culture souche Reiter.

Notre schéma de traitement est ensuite présenté, avec mention de la fréquence de la réaction de Jarisch-Herxheimer, puis l'évolution des réactions sérologiques sous l'effet du traitement est appréciée par un contrôle pratiqué un an après l'achèvement du traitement.

Enfin nous étudions l'utilité et les difficultés du dépistage des sources d'infection et des individues qui ont pu être contaminés par nos malades.

RESULTATS ET COMMENTAIRES

1. Nombre de cas de syphilis précoce hospitalisés dans le service universitaire de dermato-vénéréologie de Lausanne de 1960 à 1973

Le nombre total de nos cas pour la période considérée s'élève à 319; 139, soi 44 % étaient au stade primaire et 180, soit 56 % étaient au stade secondaire. Les syphilis dites primo-secondaires, dans lesquelles des manifestations secondaires accompagnent un chancre non encore cicatrisé sont considérées - en toute logique - comme étant en période secondaire. La répartition des malades, année par année, figure sur les tableaux No 1, 2, et 3

Tableau No 1: Syphilis primaire

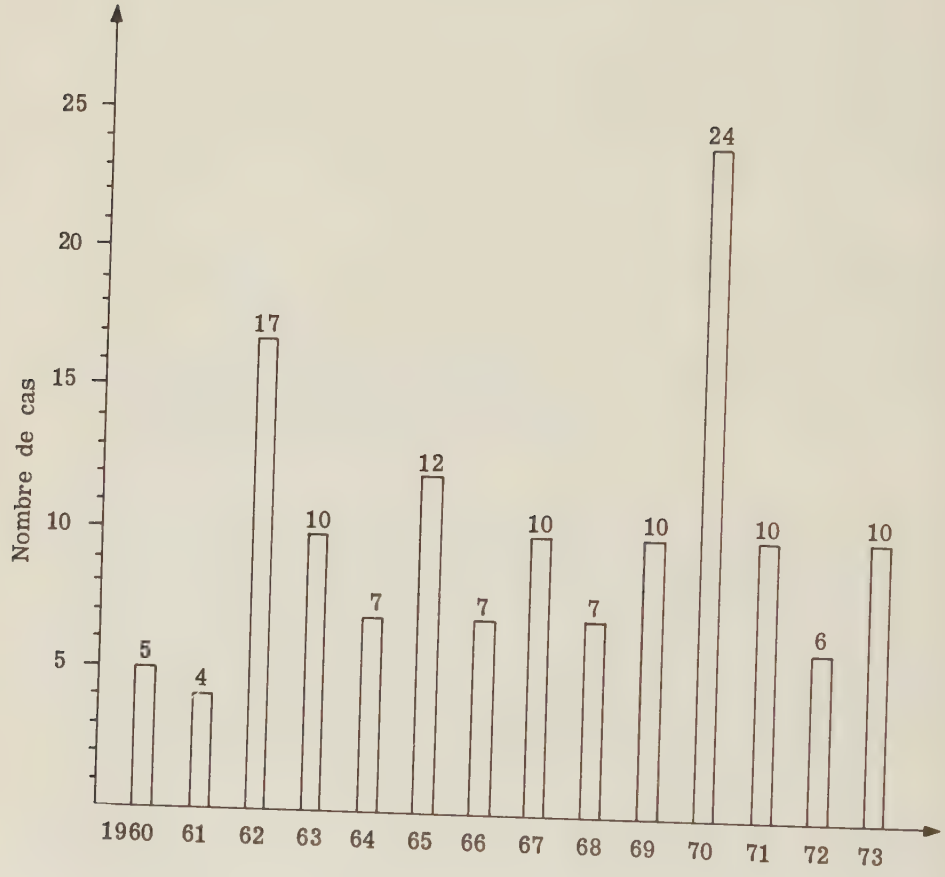


Tableau No 2: Syphilis secondaire

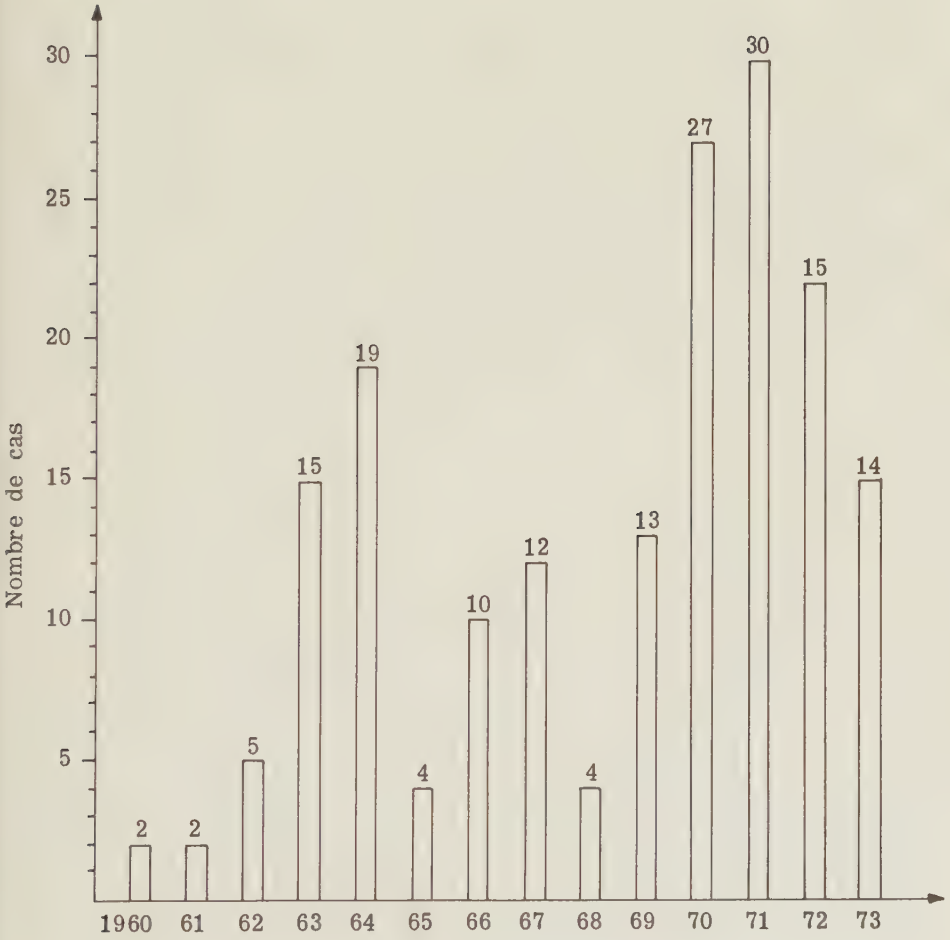
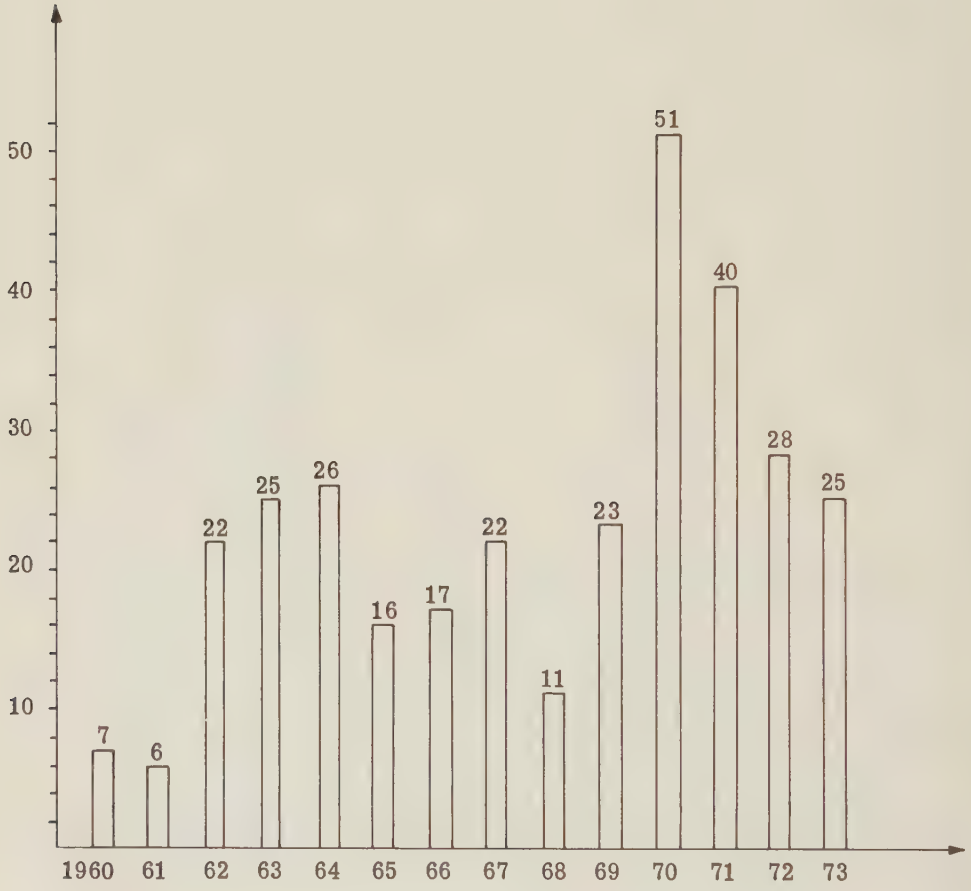


Tableau No 3: total des syphilis précoces



Commentaires:

Au cour de la période considérée, nous avons vu une nette augmentation de la fréquence de la syphilis précoce, puisque nous passons de moins de 10 cas en 1960 et 1961 à 51 cas en 1970 et 40 cas en 1971.

Un léger fléchissement parait s'être annoncé à nouveau (en 1974, il y avait 31 cas et dans le premier semestre de 1975 19 cas).

Si nous considérons les chiffres des années antérieures, en commençant en 1938, année à partir de laquelle nous disposons de chiffres sûrs, nous voyons qu'entre 1938 et 1949, le nombre des cas oscille entre 14 et 50 par an, sans qu'une tendance générale à une fréquence accrue ou diminuée se manifeste. De 1950 à 1960, par contre, un creux apparaît (nous n'avons eu aucun cas en 1955).

2. Répartition des cas en fonction du sexe:

Tableau No 4

	Syphilis I		Syphilis II		Total	
	No	%	No	%	No	%
Hommes	126	91	131	73	257	81
Femmes	13	9	49	27	62	19

Nous avons ainsi dans notre collectif quatre fois plus d'hommes que de femmes. Dans d'autres statistiques nous trouvons des chiffres comparables: une statistique de 1971 donne une proportion de 4.4 : 1 pour l'Angleterre (13). Dans une étude (9) des cas de syphilis primaire et secondaire déclarée en France, nous trouvons une proportion féminine de 30 % en 1968 et de 27 % en 1969; elle était de 29 % en moyenne

au cours des cinq années précédentes. Cette différence paraît plus faible aux Etats-Unis: en effet, parmi les cas de syphilis précoce déclarée en 1970 et 1971, il n'y avait qu'environ deux fois plus d'hommes que de femmes (15). Cette proportion n'étonne pas pour les cas de syphilis primaire: le chancre masculin, généralement pénien, ne peut guère échapper à l'observation de son porteur, alors que le chancre féminin, souvent cervical, peut facilement passer inaperçu. La proportion est plus difficile à expliquer pour les syphilis secondaires où nous avons, dans notre collectif, 73 % d'hommes et 27 % de femmes; or là, les lésions sont aussi évidentes dans un sexe que dans l'autre.

Une explication aurait pu nous être fournie, si, parmi nos patientes, figurait une proportion élevée de prostituées; mais ce n'est pas du tout le cas (voir page 12). Une partie de ce déséquilibre apparent de nos chiffres peut être expliquée par la proportion d'homosexuels masculins (14.7 % des patients, comme nous le verrons plus loin); on peut également supposer avec vraisemblance que le chancre féminin ignoré peut être à la source de contaminations parfois multiples, alors que le chancre masculin, généralement reconnu, et traité précocément, contribuera moins à une dissémination de l'affection.

3. Répartition selon l'âge

Tableau No 5

Age	Hommes		Femmes		Total	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
en dessous de 20 ans	13	5	10	16	23	7
21 - 25 ans	73	28	19	31	92	29
26 - 30 ans	71	27	16	26	87	27
31 - 40 ans	70	27	7	11	77	24
en dessus de 40 ans	30	12	10	16	40	13

Commentaires:

Ces chiffres ne causent aucune surprise; la fréquence la plus élevée se trouve chez les gens entre 20 et 25 ans, puis entre 26 et 30 ans; ces périodes correspondent aux âges d'activité sexuelle élevée, avec une instabilité fréquente dans le choix des partenaires. Cela correspond à ce que d'autres auteurs ont observé (Laugier, 8; Callin, 2).

Les patients en dessous de 20 ans ne représentent que 7 % de nos cas, ce qui est en contradiction avec ce que l'on a pu souvent lire dans la grande presse sur la contamination fréquente des "teenagers".

Dans les statistiques françaises nous trouvons en moyenne des années 1963 à 1967 9 % des hommes et 13 % des femmes au-dessous de 20 ans (9). Aux Etats-Unis, les patients au-dessous de 20 ans représentent 17 % des cas en 1971 (2).

4. Répartition des cas selon l'état civil

Tableau No 6

Célibataires Veufs Divorcés	239 75 %
Mariés	80 25 %

239 de nos patients, soit le 75 %, étaient célibataires, veufs ou divorcés, alors que 80 (25 %) étaient mariés. Là encore, pas de surprise: les célibataires et assimilés s'exposent en moyenne davantage que les gens mariés.

5. Répartition des patients selon les professions

Tableau No 7

	Nombre total	%
- Universitaires, étudiants	26	8
- Professions hôtelières	75	23
- Professions commerciales	62	19
- Ouvriers qualifiés	71	22
- Manoeuvres	55	17
- Agriculteurs	3	1
- Sans profession	27	8

Ce tableau n'appelle pas de commentaires, sinon l'absence totale de prostituées.

6. Répartition selon les moeurs avouées

Tableau No 8

Moeurs avouées	Nombre	%
Hétérosexuels	195	75.8
Homosexuels	38	14.7
Bisexuels	24	9.3

Commentaires:

Ces chiffres ne correspondent peut-être pas exactement à la réalité, certains homosexuels ayant tendance à nier l'être. Notre pourcentage de 14.7 % est légèrement plus élevé que celui de Laugier (11.9 %), alors qu'une statistique anglaise récente (1971) (14) fait état de 42.2 % d'homosexuels parmi les hommes atteints de syphilis précoce en 1971.

7. Localisation du chancre

a) chez l'homme:

penis	anus	lèvres	muqueuse buccale langue	muqueuse jugale
114	23	5	4	1
(77 %)	(16 %)		total 10 (7 %)	

b) chez la femme:

fourchette	petite lèvre	grande lèvre	cervix	anus
3 (19 %)	2 (12 %)	2 (12 %)	4 (25 %)	1 (6 %)

Commentaires:

Les chancres génitaux représentent la grande majorité. Une localisation anale a été observée dans 16 % des cas et une localisation buccale dans 7 % des cas. Degos (4) cite des chiffres comparables pour les chancres anaux, mais ne note que 1 % de chancres de localisation extra-génito-anale.

Le chancre typique classiquement décrit (papule ulcérée, indurée, à contours réguliers, non-inflammatoire) se retrouve dans notre statistique dans le 82 % des cas (133 chancres sur 163). Dans 13 (8 %) un aspect ulcéreux très prononcé a été noté. Les chancres inflammatoires, qui s'accompagnent d'une sécrétion purulente et d'un oedème périphérique, ne sont pas exceptionnels: nous en avons observé 17, soit 10 %. Ces chiffres ne viennent que partiellement confirmer l'opinion de Degos (4), selon laquelle les chancres atypiques deviendraient de plus en plus fréquents et représenteraient le 25 % des chancres masculins de localisation génitale. Unique dans la majorité des cas, l'accident primaire peut se présenter sous forme de chancres multiples: c'est ainsi que 36 de nos patients (22 %) présentaient plusieurs chancres, alors que Degos les trouve dans 18 % de ses cas.

Les adénopathies satellites sont signalées dans le 94 % de nos cas, alors qu'elles ne sont pas mentionnées dans le 6 % des dossiers.

8. Manifestations cliniques de la syphilis secondaire

Le polymorphisme de la syphilis secondaire est bien connu; voici quelles lésions nous avons observées et avec quelle fréquence:

	Nombre total	%
Roséole	52	29
Lésions papulo-squameuses	170	94
Lésions papulo-érosives	44	24
Plaques muqueuses	11	6
Pharyngo-laryngite	6	3
Alopécie	8	4
Polyadénopathies	99	55
Hépatite	3	2

Commentaires:

Chez nos patients, les lésions papulo-squameuses sont les manifestations secondaires les plus fréquentes; la localisation palmo-plantaire est typique et souvent isolée; ce fut le cas chez 99 de nos patients sur les 170 qui présentaient des syphilides papulo-squameuses.

Les autres manifestations secondaires fréquentes sont les polyadénopathies et la roséole.

Des plaques muqueuses ont été observées chez 11 malades; elles étaient localisées à la muqueues buccale.

Le chancre primaire persistait, non cicatrisé, chez 24 malades présentant une syphilis secondaire évidente.

Revenons sur nos trois cas d'hépatite syphilitique probable.

L'hépatite due à la syphilis secondaire est rare. Hahn (1943) (6) estime qu'elle n'apparaît que dans le 0.24 % des cas.

Les critères exigés pour admettre l'origine syphilitique d'une hépatite sont les suivants: coincidence de l'ictère avec une syphilis secondaire; évolution bénigne de l'hépatite et réponse rapide au traitement anti-syphilitique. Les lésions histologiques ne sont pas décrites de manière identique par différents auteurs: Schiff (1963) (11) décrit de petits granulomes interacinaires et une inflammation diffuse du tissu réticulo-endothélial; Parker (10), lui, décrit une infiltration de cellules rondes, de plasmocytes et de fibroblastes, et une discrète cholostase.

Description de nos trois cas (pages 16-20)
Ces trois cas d'hépatite ne sont pas certainement d'origine syphilitique. Toutefois chez tous les trois cas, l'ictère est apparu en même temps que la syphilis secondaire, l'évolution a été bénigne et dans deux cas (No I et No III) l'ictère a regressé et les tests hépatiques se sont rapidement améliorés sous le traitement anti-syphilitique. Une biopsie hépatique a été faite seulement dans un cas (No III) et ceci après la disparition de l'ictère et après la normalisation des tests hépatiques; elle a montré une légère fibrose et une inflammation banale.

Cas No I

R.L., homme de 18 ans, a été hospitalisé dans un hôpital psychiatrique en 1966 pour des troubles caractériels et une intoxication chronique aux barbituriques.

Il a eu un rapport sexuel suspect en août 1966. Une éruption disséminée sur le corps est apparue en octobre 1966. Le malade est transféré dans notre service un mois plus tard, avec des réactions sérologiques positives. A l'examen clinique, on constate une éruption

erythémato-papuleuse, squameuse et disséminée, sans autres symptomes. Toutes les réactions sérologiques (Kolmer, VDRL, TPI-test et FTA-test) sont positives. Le 24 et le 27.11., le malade reçoit une injection de Penadur L-A(R) (2 400 000 U) et le 29.11., un ictère apparait. Le malade est afébrile, en bon état général et ne présente pas d'hépatomégalie. L'évolution est favorable, l'ictère disparait rapidement (voir l'évolution des tests de laboratoire sur le tableau ci-dessous)

Evolution des tests hépatiques

	30.11 1966	5.12 1966	14.12 1966	20.12 1966
Bilirubine direct	4.68		1.22	0.76
mg % indirect	5.59		1.49	0.85
Cholestérol total				246
mg % est				163 (= 66 %)
G O T U	265	237	18	15
G P T U	372	360	58	19
B S P %	37.5 %		3.7 %	
Fer sérique gamma		250	310	164

Cas No II

B.G., homme de 31 ans, a fait une hépatite épidemique à l'âge de 26 ans.

Au début de décembre 1967, il présente une ulcération indolore à la face interne de la lèvre inférieure. Environ quatre semaines plus tard, il se plaint d'un état "grippal" et un ictère des sclérotiques apparaît. Environ dix jours plus tard, il remarque des lésions cutanées.

Le malade est hospitalisé le 27.2.1968 dans notre service, avec un ictère des conjonctives, une polyadénopathie, des lésions cutanées maculeuses et papuleuses disséminées, des plaques muqueuses buccales et une alopécie en clairière. Les réactions sérologiques donnent les résultats suivants:

Kolmer: + 1/32 VDRL: + 1/32 TPI test: + FTA test: +

A la sortie, huit jours plus tard, après avoir reçu 6 600 000 U de pénicilline, les lésions cutanées sont atténuées mais le subictère persiste.

Evolution des tests hépatiques

	1963 hépatite	6.1.68 avant hosp.	28.2. 1968	4.3. 1968
Bilirubine total mg % direct		6.0	1.0 0.68	1.54 1.06
Cholestérol total mg % est			115 82	129 97
G O T U	2250	80-100	100	50
G P T U	1620	80-100	200	115
B S P %				7.8 %
Fer sérique gamma			87	129

Nous n'avons pas pu suivre le malade ultérieurement.

Cas No III

J.J., homme de 55 ans, a été atteint d'une hépatite virale à l'âge de 51 ans. Au début décembre 1969 il note des "aphtes" dans la bouche et une éruption cutanée. Sa voix devient rauque. En même temps un ictère apparaît; ses selles sont décolorées et il ressent des douleurs à l'hypochondre droit. Il est admis le 5.1.1970 dans notre service avec un ictère des conjonctives, une hépatomégalie à 6 cm du rebord costal droit, la surface du foie étant lisse. Il présente en outre une micropolyadénopathie et des papules disséminées cuivrées et discrètement squameuses.

Les réactions sérologiques donnent les résultats suivants:

Kolmer: 1/32 VDRL: + 1/32 TPI test: + FTA test: +

A la sortie, après une injection de Synto-bis et 2 500 000 U de pénicilline, l'ictère des conjonctives a régressé.

Evolution des tests hépatiques

	3.10 1966 hépatite	30.12. 1969	6.1. 1970	15.1. 1970	28.1. 1970
Bilirubine total	10.8	3.5	1.74	0.82	
mg % direct	+	2.5	1.43	0.80	
Cholestérol total	434	252		246	
mg % est	115				
G O T U	360	31	25	17	
G P T U	393	88	32	17	
B S P %				12.4	0.7
Phosphatase alcaline U			260	170	

Par la suite, nous avons été dans l'impossibilité de suivre le malade.

9. Recherche des tréponèmes pâles au microscope à fond noir

Syphilis primaire		Syphilis secondaire	
Positive	Négative	Positive	Négative
109	14	123	37
89 %	11 %	77 %	23 %

Parmi les 109 résultats positifs, 106 montraient des tréponèmes pâles dans le prélèvement du chancre, les autres seulement à la ponction ganglionnaire. Parmi les 14 cas de syphilis primaire où nous n'avons pas trouvé de tréponèmes pâles à l'examen au microscope à fond noir, trois malades avaient appliqué une pommade à base d'antibiotiques ou un désinfectant local. Chez les sept autres, la négativité peut être expliquée, soit par une recherche insuffisamment persévérante, soit par l'application ou la prise inavouée d'un médicament.

10. Résultats des réactions sérologiques

Syphilis primaire:

	Nombre de cas	négatifs	positifs
Kolmer	139	76 (55 %)	63 (45 %)
VDRL	139	48 (34 %)	91 (66 %)
TPI-test	78	66 (85 %)	12 (15 %)
FTA-test	89	9 (10 %)	80 (90 %)

Les réactions à antigène lipidique positives avaient les titres suivants:

	Kolmer	VDRL
1/1	6	6
1/2	13	9
1/4	8	12
1/8	8	15
1/16	3	16
1/32	2	19
1/64	4	8
1/128	0	1

Les tests à antigène tréponémique n'ont pas été exécutés selon une technique quantitative.

Syphilis secondaire:
Dans tous les cas, Kolmer, VDRL et FTA-test furent positifs, alors que le TPI-test était négatif dans 8 cas sur 128 (6 %).

Les réactions à antigène lipidique ont été pratiquées de manière quantitative; elles donnent les résultats suivants:

	Kolmer	VDRL
1/1	2	1
1/2	7	6
1/4	16	12
1/8	25	24
1/16	22	25
1/32	43	44
1/64	45	49
1/128	4	3

Commentaires

Les tests sérologiques présentent une aide précieuse dans le diagnostic et le contrôle de l'évolution de la syphilis. Positive dans le 90 % des cas de syphilis primaire, la réaction d'immunofluorescence confirme, une fois encore, sa grande valeur dans le diagnostic précoce de la syphilis. Les tests classiques (Kolmer, VDRL) gardent leur utilité: ils sont positifs dans tous les cas de syphilis secondaire et dans plus de la moitié des cas de syphilis primaire. Nos chiffres confirment l'ordre dans lequel les réactions sérologiques virent: FTA-test, réactions de floculation, réactions de déviation du complément, test d'immobilisation.

11. Traitement

Nous avons appliqué systématiquement le schéma thérapeutique suivant:

1er jour 100 000 à 300 000 U de pénicilline G, puis, dès le 2ème jour, 2 400 000 U de pénicilline benzathine (penadur L-A), deux fois par semaine pendant quatre semaines.

11 patients ont reçu préalablement deux injections de 2 cc d'adipinate de bismuth en solution huileuse à 5 % (Syntobis) (R).

Une réaction de Jarisch-Herxheimer a été observée chez 209 des 281 patients non traités avant d'arriver chez nous (74 %).

Elle se traduit par une ascension thermique, survenant environ 6 à 12 heures après la première injection, et s'accompagnant parfois de nausées, de céphalées, de malaises, ou encore d'une accentuation de l'éruption secondaire. Elle s'explique par la destruction brutale des tréponèmes sous l'effet de la pénicilline, d'où libération massive

de toxines. La fréquence de la réaction de Herxheimer dans notre collectif correspond aux constatations de Hatos (7), qui l'a observée chez 190 de ses 275 malades (69 %).

12. Evolution après traitement

Les réactions sérologiques, contôlées un an après le traitement, se présentent de la manière suivante:

Contrôle sérologique une année après le traitement achevé:

Syphilis primaire:

Réaction	Nombre de cas	Pas de changement	Diminution du titre	Négativation
KO	24	1	0	23 (96 %)
VDRL	38	1	4	33 (87 %)
FTA	19	6		13 (68 %)
TPI	6	1		5 (83 %)

Syphilis secondaire:

KO	74	4	6	65 (87 %)
VDRL	80	6	17	57 (71 %)
FTA	35	22		13 (37 %)
TPI	30	11		19 (63 %)

Nos chiffres viennent confirmer ce que les statistiques antérieures nous avaient appris, à savoir que l'ordre dans lequel les réactions deviennent négatives est le suivant: déviation du complément, floculation, TPI-test, FTA-test.

Cutler et col (1953) (3) constatent une négativation de la réaction de Kolmer au bout de 11 à 12 mois dans 97 % des cas de syphilis traitées au stade primaire. Sur les 389 de Shafer (12) (syphilis primaire), 15 (3.9 %) présentent encore une réaction à antigène lipidique positive apres le traitement. Hatos, qui administre 5 injections de Bicillin All-Purpose (600 000 U de pénicilline Benzathine, 300 000 de procaine pénicilline et 300 000 de pénicilline G potassique par injection) pour la syphilis primaire et 7 injections du même produit pour la syphilis secondaire, trouve les quatre réactions (Wa., VDRL, FA-test, TPI-test) encore positives chez 11 de 112 patients atteints de syphilis primaire (9.8 %) après 12 mois et chez 6 (15.8 %) de 65 patients traités au stade secondaire 24 mois après la fin du traitement.

13. L'enquête épidémiologique

Nous avons mené une enquête épidémiologique pour tous nos patients. Nous présentons ci-dessous les résultats obtenus lors des 200 enquêtes conduites par notre assistante sociale actuelle.

Ces 200 malades ont indiqué 381 contacts; 199 ont pu être identifiés; 154 ont été contrôlés par nos soins et 35 par leur médecin privé; les 10 derniers se sont refusés à tout examen malgré notre insistance. Parmi les 154 individus contrôlés par nous, 80 étaient atteints de syphilis précoce, 74 en étaient indemnes. Parmi les 80 individus atteints, 41 étaient probablement la source de l'infection de nos patients, alors que les 39 autres avaient vraisemblablement été contaminés par eux.

Les 182 autres contacts n'ont pas pu être retrouvés, les renseignements fournis par nos malades à leur sujet étant insuffisants ou faux. Les indications données par les patients sont parfois délibérément mensongères; mais, souvent, nous n'avons pu identifier la prostituée (15 cas) ou la fille de passage, souvent une auto-stopeuse (15 cas). Dans 23 cas la contamination a eu lieu lors d'un rendez-vous collectif (club Méditerranée, club d'homosexuels, etc), rendez-vous au cours desquels on ne présente apparemment pas de pièce d'identité, ce qui rend le dépistage généralement impossible.
30 patients ont refusé de fournir des renseignements, en prétendant faire eux-mêmes le nécessaire pour que leur partenaire soit traité; cette promesse ne paraît que rarement tenue.

Les difficultés que rencontrent les enquêtes épidémiologiques et le déchet très important que l'on constate dans la recherche des individus suspects d'être atteints de syphilis, ne doivent pas conduire à abandonner le dépistage; la découverte par nos soins de 80 malades qui, non recherchés, ne se seraient peut-être pas soignés, suffit à en justifier la poursuite.

RESUME

Nous avons observé de 1960 à 1973, 139 cas de syphilis primaire (126 hommes et 13 femmes) et 180 de syphilis secondaire (131 hommes et 49 femmes).

Du point de vue de l'âge, la fréquence est la plus élevées entre 21 et 25 ans, puis entre 26 et 30 ans.

Le 25 % des patients étaient mariés. La répartition par profession ne donne aucun renseignement significatif.

14.7 % des patients de sexe masculin étaient homosexuels, 9.3 % bisexuels.

Un chancre extragénital fut trouvé chez 33 patients de sexe masculin (23 %); le chancre était anal dans 23 cas (16 %), buccal dans 10 cas (7 %). Chez la femme, un seul chancre extragénital (anal) fut observé.

Parmi les lésions secondaires, les syphilides papulo-squameuses occupent de loin la première place (94 % de nos patients en présentaient), suivies par les polyadénopathies et la roséole. Trois cas d'hépatique syphilitique possible sont présentés en détail.

La recherche des tréponèmes par le microscope à fond noir, base du diagnostic immédiat, peut être perturbée par la prise préalable d'un antibiotique ou l'application locale d'un désinfectant.

Nos observations confirment les données connues en matière de virage des réactions sérologiques; le test d'immuno-fluorescence vire le premier, accompagné des tests de floculation; puis viennent les réactions de déviation du complément et enfin le test d'immobilisation des tréponèmes.

Le traitement à la pénicilline s'est accompagné d'une réaction Jarisch et Herxheimer dans le 74 % des cas.

Les contrôles sérologiques un an après le traitement montrent que le test d'immuno-fluorescence est le plus long à devenir négatif.

Le dépistage des partenaires de nos patients, grâce à une enquête épidémiologique, se heurte à de grosses difficultés; mauvaise volonté des malades, contact avec des partenaires inconnus ou impossibles à retrouver. Toutefois il permet de découvrir un nombre relativement élevé d'individus atteints de syphilis précoce et doit donc être poursuivi.

BIBLIOGRAPHIE

1. Burckhardt, W., et Bohnenblust, A.:
Die Lueskurve in der Schweiz seit dem 1. Weltkrieg
Dermatologica 135, 341-344 (1967)

2. Callin, A.E., et Blount, J.H.:
Trends in syphilis in the United States
Boletin de la oficinia sanitaria panamericana 7, 31-35 (1973)

3. Cutler, J.C., Chester, B.J., et Durel, P.: Studies on the Comparative Behaviour of Various Serologic Tests for Syphilis
Amer. J. Syph. 37, 514 (1953)

4. Degos, R.:
Les aspects actuels de la syphilis primo-secondaire
La revue de Médecine 23, 1333-1340 (1970)

5. Frenk, E.: Limites de la spécificité du test d'immobilisation des tréponèmes (test de Nelson, TPI-test)
Schweiz. med. Wschr. 102, 1898-1900 (1972)

6. Hahn, R.: Hepatitis in Early Syphilis
Amer. J. Syph. 27, 529 (1943)

7. Hatos, G.: Evaluation of 460 cases of Treated Syphilis
Med. J. Aust. 2, 415-420 (1972)

8. Laugier, P.:
La syphilis à Genève au cours des deux dernières années. Epidémiologie, sérologie et traitement.
Praxis 60, 1628-1635 (1971)

9. Martin-Bonyer, G., et Gaignoux, Y.:
Données concernant les maladies vénériennes en France
Bulletin de l'I.N.S.E.R.M.T. 25, 1379-1404 (1970)

10. Parker, J. D.J.: Uncommon complications of early syphilis
Brit. J. vener. Dis. 48, 32 (1972)

11. Schiff, L.: Hepatitis. Diseases of the Liver and Biliary
System p. 698 (1963) Lippincott, Philadelphia

12. Shafer, J.K., Usilton, L.J., et Price, E.V.: Long-Term
Studies of Results of Penicillin Therapy in Early Syphilis
Bull. Wld Hlth Org. 154, 563 (1954)

13. Willcox, R.R.:
Homosexuality and Venereal Diseases in the United Kingdom
Brit. J. vener. Dis. 49, 329 (1973)

14. Extract from the Annual Report of the Chief Medical Officer
to the Department of Health and Social Security for the year 1971
Brit. J. vener. Dis. 49, 89 (1971)

15. Reported Cases of Venereal Diseases. V D Fact Sheet 6-14 (1973)

ISBN 3 260 04155 9